Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

La santé physique et mentale des enfants inuits de mères adolescentes

par Anne Guèvremont et Dafna Kohen

Novembre 2012

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel à infostats@statcan.gc.ca ou par téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

Centre de contact national de Statistique Canada

Numéros sans frais (Canada et États-Unis) :

Service de renseignements	1-800-263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1-800-363-7629
Télécopieur	1-877-287-4369

Appels locaux ou internationaux :

Service de renseignements	1-613-951-8116
Télécopieur	1-613-951-0581

Programme des services de dépôt

Service de renseignements	1-800-635-7943
Télécopieur	1-800-565-7757

Comment accéder à ce produit

Le produit nº 82-003-X au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca et de parcourir par « Ressource clé » > « Publications ».

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2012

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada (http://www.statcan.gc.ca/reference/copyright-droit-auteur-fra.htm).

This publication is also available in English.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0[s]	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
[p]	provisoire
[r]	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
[E]	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

La santé physique et mentale des enfants inuits de mères adolescentes

par Anne Guèvremont et Dafna Kohen

Diffusé en ligne le 21 novembre 2012

Résumé

Contexte

La santé physique et mentale des enfants de mères adolescentes diffère de celle des enfants de mères plus âgées. Comparativement à l'ensemble de la population du Canada, les femmes inuites deviennent enceintes pour la première fois à un âge plus jeune. Toutefois, peu de recherches sur la population portent sur les résultats en matière de santé des enfants inuits de femmes qui ont commencé à avoir des enfants à l'adolescence.

Données et méthodes

L'étude s'appuie sur les données tirées de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 pour comparer les résultats en matière de santé physique et mentale des enfants inuits de 2 à 5 ans de mères adolescentes et de ceux de mères plus âgées.

Résultats

Les résultats en matière de santé physique et mentale des enfants inuits diffèrent selon que la mère était adolescente ou avait 25 ans ou plus au moment où elle a commencé à avoir des enfants. Certaines différences sont attribuables à des facteurs socioéconomiques mais non d'autres, à savoir les infections de l'oreille, les problèmes dentaires et l'hyperactivité ou l'inattention.

Interprétation

D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer quels facteurs sous-tendent les différences en matière de santé mentale et physique entre les enfants inuits de mères adolescentes et ceux de mères plus âgées.

Mots-clés

Autochtones, comportement de l'enfant, éducation des enfants, âge de la mère, parentage, facteurs socioéconomiques.

Auteures

Anne Guèvremont (1-613-951-2432; anne.guevremont@statcan.gc.ca) et Dafna Kohen (1-613-951-3346; dafna.kohen@statcan.gc.ca) travaillent à la Division de l'analyse de la santé, à Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

Les caractéristiques démographiques des jeunes Inuits au Canada diffèrent de celles des jeunes non inuits. Les enfants de 0 à 4 ans représentent un pourcentage plus élevé de la population inuite (12 %) que de la population non autochtone (5 %)[1]. Chez les 15 à 19 ans, le taux de fécondité des Inuites est nettement supérieur aux taux nationaux. En 2009, 20 % des naissances au Nunavut (où 85 % des habitants se sont identifiés comme Inuits en 2006) ont été le fait d'adolescentes de 15 à 19 ans, par rapport à 4 % des naissances dans l'ensemble du Canada[2].

Il y a peu d'études portant plus particulièrement sur les enfants inuits nés de mères adolescentes. Archibald[3] a interviewé 53 femmes et adolescentes inuites pour connaître leurs points de vue au sujet de la grossesse à l'adolescence. Tout en reconnaissant l'importance culturelle et sociale des enfants dans la société inuite, les personnes interrogées ont convenu que la situation des femmes inuites qui ont des enfants à un jeune âge peut être difficile[3]. Dans une étude fondée sur des données de recensement, Garner, Senécal et Guimond[4] ont constaté que les femmes inuites qui ont eu leur premier enfant à l'adolescence avaient un revenu de famille plus faible et étaient plus susceptibles de vivre dans des logements surpeuplés et ayant besoin de réparations majeures, comparativement aux femmes inuites qui ont commencé à avoir des enfants à un âge plus avancé.

Des recherches canadiennes et américaines ont révélé que, de façon générale, les enfants de mères adolescentes ont tendance à avoir de moins bons résultats en matière de santé et de comportement que les enfants de mères plus âgées[5-8]. Toutefois, les enfants de mères adolescentes sont également plus susceptibles de vivre dans des familles monoparentales et à faible revenu et d'avoir une mère qui n'est pas titulaire d'un diplôme d'études secondaires[9-11]. Certaines études ont révélé que, lorsque ces facteurs sont pris en compte, les différences entre les résultats des enfants de mères adolescentes et ceux des enfants de mères plus âgées ne sont pas significatives[12,13].

Dans le cas des enfants inuits, toutefois, le fait d'avoir une mère adolescente n'est pas toujours associé aux résultats négatifs en matière de santé. Dans les collectivités inuites, la grossesse à l'adolescence peut être perçue de façon différente qu'elle ne l'est dans les collectivités non inuites[14,15].

Il importe d'examiner la santé des enfants inuits parce qu'il a été démontré que, comparativement à l'ensemble des enfants au Canada, ils courent le risque d'avoir divers problèmes de santé physique, comme des infections de l'oreille[16], des infections respiratoires[16] et des problèmes dentaires[17]. Les recherches sur leur santé mentale, particulièrement chez les enfants d'âge préscolaire, sont moins nombreuses.

Les fondements du bien-être émotionnel et des compétences sociales sont établis à l'âge préscolaire[18,19]. Les enfants qui ont de moins bons résultats en matière de comportement à cet âge peuvent courir le risque d'avoir à l'avenir des problèmes de comportement, de faibles habiletés sociales, de piètres relations avec les pairs, des difficultés d'adaptation à l'école et un mauvais rendement scolaire[20-25].

La présente étude s'appuie sur les résultats de l'Enquête sur les enfants autochtones (EEA) de 2006[26] pour comparer les résultats en matière de santé physique et de comportement des enfants inuits de 2 à 5 ans nés de mères adolescentes (âgées de 12 à 19 ans au moment où elles ont commencé à avoir des enfants) et de mères plus âgées (25 ans ou plus à la naissance du premier enfant). Étant donné que les mères adolescentes (et leurs enfants) sont plus susceptibles de vivre dans des conditions socioéconomiques défavorisées[4], il importe de prendre en considération le rôle de ces conditions dans l'association entre l'âge de la mère à la naissance du premier enfant et les résultats des enfants[7,27]. Ces renseignements permettent de déterminer si les différences en matière de santé physique et mentale entre les enfants inuits de mères adolescentes et ceux de mères plus âgées sont attribuables aux différences dans les conditions socioéconomiques.

Méthodes

Source des données

L'Enquête sur les enfants autochtones (EEA) de 2006[26] a permis de recueillir des renseignements sur le développement des jeunes enfants autochtones et les conditions socioéconomiques dans lesquelles ils grandissent et apprennent. L'EEA fournit des données exhaustives sur les enfants inuits, métis et des Premières nations vivant hors réserve qui ont moins de six ans et qui vivent en milieu urbain, rural et dans des collectivités du Nord au Canada.

La présente étude porte plus particulièrement sur les enfants de 2 à 5 ans parce que les données de l'EEA sur les résultats comportementaux sont disponibles seulement pour les enfants de deux ans et plus. Les enfants inuits ont été sélectionnés aux fins de la présente analyse selon la réponse donnée à la question « Est-ce que ____ est Autochtone, c'est-à-dire un(e) Indien(ne) de l'Amérique du Nord, un(e) Métis(se) ou un(e) Inuk? » Si le parent a déclaré que l'enfant était Inuk (en répondant Inuk seulement, ou Inuk et une autre identité autochtone), l'enfant a été inclus dans la présente étude. Quatre mères sur cinq (83 %) d'enfants inuk de 2 à 5 ans se sont identifiées comme Inuk. Dans le cas de près de neuf enfants inuits de mères adolescentes sur dix (86 %), la mère a déclaré une identité inuite, comparativement à 66 % des enfants de mères qui avaient 25 ans ou plus à l'âge de la maternité. Des analyses exploratoires excluant les enfants inuits de mères non inuites ont donné des résultats comparables (disponibles auprès des auteures sur demande).

Les enfants inuits ont été inclus dans l'étude seulement si la personne qui a fourni les données de l'EEA était leur mère biologique, ce qui était le cas de 61 % des enfants inuits de 2 à 5 ans. Les enfants ont été exclus si la personne interrogée n'était pas leur mère biologique, étant donné que l'âge de la mère de l'enfant (et si elle était adolescente au moment où elle a donné naissance) était inconnu. Parmi les 39 % des cas qui n'ont pas été inclus, la personne interrogée était le père biologique (17 %), un parent adoptif (12 %), un grand-parent (4 %) ou un autre membre de la famille ou une personne non apparentée (5 %). L'échantillon utilisé aux fins de la présente analyse comprenait 774 enfants inuits de 2 à 5 ans pondérés de manière à représenter une population de 3 211 enfants.

Comparativement aux enfants inuits exclus de la présente étude, les enfants qui ont été inclus étaient moins susceptibles d'être des enfants pour qui la personne ayant fourni les données de l'EEA avait un diplôme d'études secondaires (20 % par rapport à 27 %) et était âgée de 25 ans et plus (74 % par rapport à 93 %), et ils étaient plus susceptibles de vivre dans un ménage situé dans le quartile de revenu inférieur (27 % par rapport à 20 %) et dans une famille monoparentale (29 % par rapport à 19 %).

La probabilité d'habiter dans l'Inuit Nunangat ne différait pas entre les enfants inclus et les enfants exclus. Le Recensement de 2006 a dénombré environ 7 000 enfants inuits de moins de six ans, dont 84 % vivaient dans l'une des quatre régions qui constituent l'Inuit Nunangat, ce qui signifie « terre natale des Inuits » dans la langue inuite. Ces régions sont le Nunatsiavut dans le Nord du Labrador, le Nunavik dans le Nord du Québec, le territoire du Nunavut et la région inuvialuite dans les Territoires du Nord-Ouest.

Âge de la mère à la naissance du premier enfant

L'âge de la mère de l'enfant à la naissance de son premier enfant a été calculé par la différence entre son âge actuel et l'âge de son enfant le plus âgé vivant dans le ménage (ou l'âge de l'enfant visé par l'enquête s'il était l'aîné). Si la différence était de moins de 20 ans, elle a été considérée comme une mère adolescente[4,8]. Si la différence était supérieure ou égale à 25 ans, elle a été considérée comme une mère « plus âgée ». Si la différence était de moins de 12 ans, l'enfant a été exclu de la présente étude. Les résultats pour les mères qui avaient entre 20 et 24 ans au moment de

la naissance de leur premier enfant sont également indiqués dans les tableaux mais ne sont pas examinés dans le corps du texte.

L'âge de la mère au moment où elle a commencé à avoir des enfants ne reflète pas son âge au moment de l'EEA. Dans le cas d'environ la moitié (51 %) des enfants inclus dans l'étude dont la mère était adolescente au moment de la naissance de son premier enfant, la mère avait 25 ans et plus au moment de l'entrevue de l'EEA. On a utilisé aux fins de la présente étude l'âge de la mère au moment où elle a commencé à avoir des enfants, plutôt que son âge à la naissance de l'enfant visé par l'enquête, parce que les facteurs qui l'ont amenée à avoir son premier enfant à l'adolescence et l'expérience de la maternité à l'adolescence étaient susceptibles d'influer sur les enfants qui sont nés plus tard[28,29].

Santé physique

Les quatre mesures suivantes de la santé physique de l'enfant, fondées sur les données déclarées par la mère, ont été examinées : 1) santé excellente/très bonne par rapport à bonne/passable/mauvaise; 2) présence d'un problème de santé chronique (asthme, bronchite chronique, tuberculose, diabète, hypoglycémie, maladie du cœur, maladie du rein, épilepsie, paralysie cérébrale, syndrome de Down, spina-bifida, déficit de l'attention ou hyperactivité, anxiété ou dépression, ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, autisme, déficience auditive, déficience visuelle, difficultés de la parole ou du langage, anémie, tout autre problème de longue durée); 3) a déjà eu une infection de l'oreille; 4) a déjà eu des problèmes dentaires. L'échantillon de l'EEA était trop petit pour permettre d'examiner la présence de plusieurs problèmes de santé.

Santé mentale

Les comportements et les relations des enfants ont été évalués dans l'EEA au moyen du questionnaire de Goodman portant sur les points forts et les points faibles (*Strength and Difficulties Questionnaire*), un questionnaire rempli par le parent et comprenant 25 questions regroupées en 5 sous-échelles.

Le questionnaire et ses sous-échelles ont été validés aux fins de leur utilisation dans le cadre de l'EEA à l'égard des enfants métis et inuits et des enfants des Premières nations vivant hors réserve; quatre des cinq sous-échelles sont valides pour les enfants inuits (la sous-échelle des problèmes avec les pairs a été omise en raison de sa faible fiabilité)[30]. D'autres études ont fait état de résultats semblables[31]. Il y avait trois réponses possibles à chaque question, soit pas vrai (score 1), un peu vrai (score 2) et certainement vrai (score 3). Le libellé exact de toutes les questions figure au tableau A en annexe.

Les quatre sous-échelles suivantes proposées par Oliver et coll.[30] ont été utilisées aux fins de la présente analyse : le comportement prosocial (10 questions; p. ex., dans quelle mesure l'enfant partage facilement avec les autres enfants); les symptômes émotifs (5 questions; p. ex., s'inquiète souvent et est anxieux); les problèmes de conduite (10 questions; p. ex., se bagarre avec les autres enfants); et l'hyperactivité ou l'inattention (3 questions; p. ex., est facilement distrait et ne tient pas en place). Si la mère a répondu à au moins 80 % des questions sur une sous-échelle, le score moyen a été calculé en fonction d'une fourchette de 1 à 3 pour chaque sous-échelle.

Variables socioéconomiques

On a examiné plusieurs facteurs socioéconomiques afin de déterminer dans quelle mesure les différences quant aux résultats entre les enfants inuits de mères adolescentes et ceux de mères plus âgées leur sont attribuables, à savoir : le niveau de scolarité de la mère (fréquente l'école, ne fréquente pas l'école et n'a pas de diplôme d'études secondaires, ou

Tableau 1
Répartition en pourcentage de certaines caractéristiques des enfants inuits de 2 à 5 ans, selon l'âge de la mère à la naissance du premier enfant, Canada, 2006

Caractéristiques	Âge de la mère à la naissance du premier enfant		
	12 à 19 ans (N=306)†	20 à 24 ans (N=289)†	25 ans et plus (N=147)†
	%		
Niveau de scolarité de la mère			
Fréquente l'école actuellement	14,8*	10,5*E	5,1E
Ne fréquente pas l'école			
Pas de diplôme d'études secondaires	57,9*	52,8*	41,8
Diplôme d'études secondaires	14,8	20,1*	10,9E
Niveau supérieur au diplôme d'études secondaires	12,6*E	16,7*	42,2
Structure de la famille			
Couple marié	22,7*	33,1*	45,3
Couple vivant en union libre	45,9	35,0	38,7
Monoparentale	31,4*	31,9*	16,0E
Quartile de revenu du ménage			
Inférieur	30,6*	21,7	20,4E
Moyen-inférieur	25,3	28,0*	18,2E
Moyen-supérieur	24,2	24,8	25,5
Supérieur	19,8*	25,5	35,9
Résidence			
N'habite pas dans l'Inuit Nunangat	16,1*	15,9*E	34,2
Habite dans l'Inuit Nunangat	83,9*	84,1*	65,8

† taille de l'échantillon non pondérée pour chaque groupe
* valeur significativement différente de celle observée pour les enfants de mères âgées de 25 ans et plus à la naissance du premier enfant ($p < 0,05$)
E à utiliser avec prudence
Nota : L'échantillon ne comprend que les enfants inuits dont la mère biologique a fourni les données de l'enquête (61 % des enfants inuits de 2 à 5 ans).
Source : Enquête sur les enfants autochtones, 2006.

ne fréquente pas l'école et a au moins un diplôme d'études secondaires); le quartile de revenu du ménage (selon le Recensement de 2006 et corrigé en fonction de la taille du ménage); le nombre de personnes dans le ménage (selon le Recensement de 2006); et la structure de la famille (famille monoparentale ou biparentale). Une famille monoparentale n'exclut pas la présence dans le ménage de grands-parents ou autres membres de la famille ou personnes non apparentées qui offrent du soutien à la famille.

Analyse

Des analyses descriptives (pourcentages et moyennes) ont été utilisées pour décrire les caractéristiques socioéconomiques et les résultats pour la santé physique et mentale des enfants inuits selon l'âge de la mère à la naissance de son premier enfant.

Tableau 2
Résultats en matière de santé physique et de comportement des enfants inuits de 2 à 5 ans, selon l'âge de la mère à la naissance du premier enfant, Canada, 2006

	Âge de la mère à la naissance du premier enfant		
Résultat	**12 à 19 ans**	**20 à 24 ans**	**25 ans et plus**
Santé physique (pourcentage)			
Excellente ou très bonne santé	73,9*	74,1*	83,4
Problème de santé chronique	33,4	34,7	36,6
A déjà eu une infection de l'oreille	60,6*	46,7	41,9
A déjà eu un problème dentaire	47,5*	43,0*	27,3
Comportement (score moyen [écart-type])			
Comportement prosocial	2,62 (0,29)	2,65 (0,29)	2,68 (0,30)
Symptômes émotifs	1,41 (0,32)*	1,35 (0,30)	1,29 (0,32)
Problèmes de conduite	1,65 (0,39)	1,63 (0,47)	1,57 (0,52)
Inattention ou hyperactivité	1,75 (0,54)*	1,70 (0,51)*	1,50 (0,47)

* valeur significativement différente de celle observée pour les enfants de mères âgées de 25 ans et plus à la naissance du premier enfant ($p < 0,05$)
Nota : L'échantillon ne comprend que les enfants inuits dont la mère biologique a fourni les données de l'enquête (61 % des enfants inuits de 2 à 5 ans).
Source : Enquête sur les enfants autochtones, 2006.

Tableau 3
Rapports de cotes non corrigés et corrigés reliant certaines caractéristiques aux résultats en matière de santé physique chez les enfants inuits de 2 à 5 ans, Canada, 2006

	Santé excellente / très bonne						A déjà eu une infection de l'oreille						A déjà eu un problème dentaire					
	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques		de	a		de	a		de	a		de	a		de	a		de	a
Âge de la mère à la naissance du premier enfant																		
12 à 19 ans	0,57*	0,33	0,96	0,74	0,43	1,27	2,13*	1,35	3,38	2,63*	1,64	4,21	2,61*	1,68	4,05	1,94*	1,24	3,04
20 à 24 ans	0,57*	0,33	0,97	0,62	0,36	1,07	1,22	0,77	1,92	1,42	0,89	2,27	2,12*	1,37	3,29	1,63*	1,05	2,53
25 ans et plus†	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Âge de l'enfant (en années)‡	0,99	0,86	1,15	0,96	0,83	1,12	1,02	0,91	1,15	1,03	0,91	1,17	1,44*	1,27	1,63	1,41*	1,23	1,60
Sexe masculin (par rapport à sexe féminin)	0,65*	0,46	0,93	0,65*	0,45	0,93	1,06	0,78	1,44	1,06	0,77	1,45	0,86	0,64	1,15	0,82	0,60	1,11
Niveau de scolarité de la mère																		
Fréquente l'école actuellement	...	...	...	0,47*	0,23	0,95	...	...	...	1,02	0,57	1,82	...	...	...	1,05	0,61	1,80
Ne fréquente pas l'école																		
Pas de diplôme d'études secondaires	...	...	...	0,46*	0,30	0,69	...	...	...	0,71	0,49	1,03	...	...	...	1,34	0,93	1,94
Diplôme d'études secondaires ou plus†	...	...	...	1,00	...	...	...	...	...	1,00	...	...	...	...	...	1,00	...	...
Famille monoparentale (par rapport à biparentale)	...	...	...	0,94	0,65	1,34	...	...	...	0,97	0,68	1,39	...	...	...	1,22	0,84	1,77
Revenu du ménage (en dizaine de milliers de dollars)‡	...	...	...	1,07	0,97	1,19	...	...	...	1,06	0,97	1,15	...	...	...	0,98	0,90	1,06
Nombre de personnes dans le ménage‡	...	...	...	0,99	0,91	1,07	...	...	...	0,94	0,88	1,02	...	...	...	1,06	0,98	1,14
Habite dans (par rapport à hors de) l'Inuit Nunangat	...	...	...	0,59	0,29	1,19	...	...	...	0,82	0,48	1,42	...	...	...	1,83*	1,01	3,34

† catégorie de référence
‡ variable continue
* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Les rapports de cotes corrigés tiennent compte des effets des autres caractéristiques comprises dans le modèle.
Source : Enquête sur les enfants autochtones, 2006.

Tableau 4
Coefficients de régression non corrigés et corrigés reliant certaines caractéristiques aux symptômes émotifs et à l'inattention ou l'hyperactivité chez les enfants inuits de 2 à 5 ans, Canada, 2006

	Symptômes émotifs				Inattention/hyperactivité			
Caractéristiques	Coefficient non corrigé	Erreur-type	Coefficient corrigé	Erreur-type	Coefficient non corrigé	Erreur-type	Coefficient corrigé	Erreur-type
Âge de la mère à la naissance du premier enfant								
12 à 19 ans	0,12*	0,03	0,06	0,03	0,24*	0,06	0,21*	0,06
20 à 24 ans	0,05	0,03	0,02	0,03	0,20*	0,06	0,20*	0,06
25 ans et plus†	1,00	..	1,00	..	1,00	..	1,00	..
Âge de l'enfant (en années)‡	0,03*	0,01	0,02	0,01	-0,01	0,02	-0,01	0,02
Sexe masculin (par rapport à sexe féminin)	-0,05	0,02	-0,05*	0,02	0,12*	0,04	0,12*	0,05
Niveau de scolarité de la mère								
Fréquente l'école actuellement	..	..	0,13*	0,05	..	..	0,10	0,09
Ne fréquente pas l'école								
Pas de diplôme d'études secondaires	..	..	0,06*	0,03	..	..	0,01	0,05
Diplôme d'études secondaires ou plus†	..	..	1,00	..	..	..	1,00	..
Famille monoparentale (par rapport à biparentale)	..	..	0,10*	0,03	..	..	0,03	0,05
Revenu du ménage (en dizaine de milliers de dollars)‡	..	..	-0,02*	0,01	..	..	-0,02*	0,01
Nombre de personnes dans le ménage‡	..	..	0,01*	0,01	..	..	0,02	0,01
Habite dans (par rapport à hors de) l'Inuit Nunangat	..	..	0,04	0,03	..	..	-0,10	0,07

† catégorie de référence
‡ variable continue
* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
.. n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Les coefficients corrigés tiennent compte des effets des autres caractéristiques comprises dans le modèle.
Source : Enquête sur les enfants autochtones, 2006.

Les différences entre les caractéristiques des enfants inuits de mères adolescentes et des enfants inuits de mères plus âgées ont été évaluées au moyen de tests t. Lorsque les résultats différaient pour les enfants inuits de mères adolescentes et ceux de mères plus âgées, on a recouru à la régression multiple pour examiner l'association entre l'âge de la mère à la naissance du premier enfant et chaque résultat, tout en tenant compte des effets des caractéristiques socioéconomiques. Les analyses s'appuient sur des données d'enquête qui ont été pondérées de manière à être représentatives des chiffres du Recensement de 2006 sur les enfants de moins de 6 ans au Canada selon différents groupes d'âge[26]. La méthode du *bootstrap* a été utilisée pour tenir compte du plan d'échantillonnage complexe de l'enquête[32,33].

Résultats

Dans le cas d'environ les deux cinquièmes (40 %) des enfants inuits sur lesquels porte la présente étude, leur mère a eu son premier enfant à l'adolescence, ce qui est conforme aux résultats d'autres recherches[4]. Dans le cas d'un autre 38 % des enfants, la mère était âgée de 20 à 24 ans au moment de la naissance du premier enfant et dans le cas des 22 % restants, elle avait 25 ans ou plus lorsqu'elle a commencé à avoir des enfants.

Circonstances socioéconomiques

Comparativement aux enfants inuits dont la mère avait 25 ans ou plus au moment de leur naissance, les enfants inuits nés de mères adolescentes étaient plus susceptibles d'avoir une mère qui fréquentait encore l'école ou qui avait quitté l'école avant d'avoir obtenu un diplôme d'études secondaires (tableau 1). Par exemple, dans le cas de 15 % des enfants inuits de mères adolescentes, la mère continuait de fréquenter l'école, comparativement à 5 % de ceux dont la mère avait 25 ans ou plus au moment de la naissance du premier enfant. En outre, les enfants inuits de mères adolescentes étaient plus susceptibles que ceux de mères plus âgées de vivre dans des familles monoparentales (31 % par rapport à 16 %) et moins susceptibles d'avoir une mère mariée (23 % par rapport à 45 %) ou de vivre dans un ménage se situant dans le quartile de revenu supérieur (20 % par rapport à 36 %).

Santé physique

Les enfants inuits de mères adolescentes étaient moins susceptibles d'être considérés comme étant en excellente ou en très bonne santé, comparativement aux enfants inuits dont la mère avait 25 ans ou plus au moment de la naissance

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Les taux de grossesse chez les adolescentes inuites sont relativement élevés, comparativement aux taux chez les adolescentes dans l'ensemble de la population canadienne.
- En général, les femmes inuites qui commencent à avoir des enfants à l'adolescence ont des conditions socioéconomiques moins favorables que les femmes inuites qui sont plus âgées au moment de la naissance du premier enfant.
- Les recherches canadiennes et américaines ont révélé que, de façon générale, les enfants de mères adolescentes sont plus susceptibles d'avoir une mauvaise santé physique et mentale, comparativement aux enfants de mères plus âgées.
- Peu de recherches sur la population ont porté sur les résultats chez les enfants inuits de mères adolescentes.

Ce qu'apporte l'étude

- Les enfants inuits d'âge préscolaire de mères adolescentes étaient moins susceptibles d'être en très bonne ou en excellente santé, étaient plus susceptibles d'avoir déjà eu une infection de l'oreille ou des problèmes dentaires et avaient des scores plus élevés pour les problèmes émotifs et l'inattention ou l'hyperactivité, comparativement aux enfants inuits d'âge préscolaire de mères plus âgées.
- Certaines différences, comme le fait d'être en bonne ou en excellente santé et les problèmes émotifs, étaient attribuables à des facteurs socioéconomiques, mais non d'autres différences, comme les infections de l'oreille, les problèmes dentaires et l'inattention ou l'hyperactivité.

du premier enfant (tableau 2). Ils étaient également plus susceptibles d'avoir eu une infection de l'oreille et des problèmes dentaires. Toutefois, les enfants inuits de mères adolescentes n'étaient ni plus ni moins susceptibles que ceux de mères plus âgées d'être de ceux dont on a déclaré qu'ils avaient un problème de santé chronique.

Lorsque des facteurs socioéconomiques tels que le niveau de scolarité de la mère et le revenu du ménage sont pris en compte, la différence quant à la probabilité d'être en excellente ou en très bonne santé entre les enfants inuits de mères adolescentes et ceux de mères plus âgées n'est pas significative (tableau 3). Toutefois, les enfants inuits de mères adolescentes demeurent plus susceptibles d'avoir eu une infection de l'oreille et des problèmes dentaires.

Santé mentale

Les scores moyens attribués pour le comportement prosocial et les problèmes de conduite ne diffèrent pas entre les deux groupes d'enfants inuits, mais les enfants de mères adolescentes ont des scores moyens plus élevés au chapitre des symptômes émotifs et de l'inattention ou l'hyperactivité (tableau 2). Lorsque les différences socioéconomiques sont prises en compte, les scores moyens des enfants inuits de mères adolescentes et de ceux de mères plus âgées ne diffèrent pas pour les symptômes émotifs, mais des différences dans les scores pour l'inattention ou l'hyperactivité persistent (tableau 4).

Discussion

La présente étude s'appuie sur les données de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006, une enquête représentative de la population, pour comparer les résultats en matière de santé physique et mentale des enfants inuits de mères adolescentes et de ceux de mères plus âgées. Les deux groupes d'enfants inuits ne diffèrent pas en ce qui concerne la présence de problèmes de santé chroniques ou les scores moyens pour le comportement prosocial ou les problèmes de conduite. En outre, même si les enfants inuits de mères adolescentes sont moins susceptibles d'être déclarés en excellente ou en très bonne santé, cette association n'est pas significative lorsque les facteurs socioéconomiques sont pris en compte. Toutefois, même lorsqu'on prend en considération l'influence des différences socioéconomiques, les enfants inuits de mères adolescentes sont plus susceptibles que les enfants inuits de mères plus âgées d'avoir eu une infection de l'oreille et des problèmes dentaires. Les infections de l'oreille sont associées à une perte d'ouïe et à des difficultés de la parole et du langage[34], et les problèmes dentaires sont associés à la douleur, aux infections et aux problèmes de comportement[35].

Les scores moyens pour les symptômes émotifs et l'inattention ou l'hyperactivité sont plus élevés dans le cas des enfants inuits de mères adolescentes que de ceux de mères plus âgées, bien qu'il n'y avait pas de différences quant aux symptômes émotifs lorsque les facteurs socioéconomiques étaient pris en compte. L'inattention ou l'hyperactivité, particulièrement durant les années préscolaires, est associée négativement à l'alphabétisation précoce et au rendement scolaire ultérieur[23,24].

Points forts et limites

Les points forts de la présente étude comprennent un échantillon représentatif de la population nationale d'enfants inuits vivant au Canada, un examen des résultats tant en matière de santé physique que mentale, des renseignements sur l'âge de la mère au moment où elle a commencé à avoir des enfants et l'inclusion de facteurs socioéconomiques. Tous les résultats sont fondés sur les données déclarées par la mère plutôt que sur des mesures créées pour des personnes non inuites ou évaluées par elles.

L'étude comporte plusieurs limites. L'âge de la mère à la naissance du premier enfant a été calculé selon l'âge de la sœur ou du frère le plus âgé dans le ménage. Cet enfant pourrait être une demi-sœur ou un demi-frère, une sœur ou un frère de par sa situation en famille d'accueil ou une sœur ou un frère adopté,

et non une fille ou un fils biologique, ce qui pourrait entraîner une détermination incorrecte de l'âge de la mère au moment de la naissance du premier enfant. En outre, il se peut que la sœur ou le frère le plus âgé ne vive pas dans le ménage (p. ex., il ou elle pourrait vivre avec une autre personne apparentée), ce qui produirait également un calcul inexact de l'âge de la mère à la naissance de son premier enfant.

Les enfants ont été inclus dans la présente étude si la personne qui a fourni les données de l'enquête était la mère biologique, ce qui a été le cas de 61 % des enfants inuits. Dans le cas des enfants inuits d'autres personnes ayant fourni les données, l'âge de leur mère biologique au moment de la naissance du premier enfant n'était pas disponible dans l'EEA. En outre, leurs conditions socioéconomiques différaient de celles des enfants inclus dans l'étude.

Les résultats en matière de santé physique et mentale sont fondés sur les données déclarées par la mère. Les mères pouvaient être influencées par la façon dont elles croyaient devoir répondre, par leurs expériences ou par leur opinion subjective de leur enfant[36]. Ainsi, les différences entre les enfants inuits de mères adolescentes et ceux de mères plus âgées peuvent refléter les profils de déclaration des mères plutôt que des différences véritables sur le plan de la santé physique ou mentale des enfants. Néanmoins, les données déclarées par la mère représentent les perceptions d'une personne qui connaît bien l'enfant (contrairement à celles d'un observateur de l'extérieur) et elles ont été fournies tant par les mères plus jeunes que par celles plus âgées.

La présente analyse n'a pas permis d'examiner de nombreux autres facteurs qui ont peut-être contribué aux différences dans les résultats en matière de santé physique et mentale des enfants inuits, comme le comportement parental, la participation à des activités culturelles et la disponibilité de soutiens sociaux et autres y compris la participation du père et de membres de la famille élargie[29,37-39].

Conclusion

L'analyse des données de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 montre que les résultats en matière de santé physique et mentale des enfants inuits nés de mères qui étaient adolescentes lorsqu'elles ont commencé à avoir des enfants différaient des résultats des enfants inuits dont la mère avait 25 ans ou plus à la naissance du premier enfant. Certaines différences sont attribuables aux variables socioéconomiques, mais non toutes. Ces différences peuvent être liées à des facteurs qui n'ont pas été examinés dans le cadre de la présente étude. D'autres recherches qualitatives et quantitatives permettraient de mieux comprendre les facteurs qui sous-tendent les différences dans les résultats entre les enfants inuits de mères adolescentes et ceux de mères plus âgées. ■

Remerciements

La présente étude a été financée par Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. Les auteurs remercient Sacha Senécal, Eric Guimond, Chris Penney et les représentants d'Inuit Tapiriit Kanatami de leurs commentaires éclairés lors de l'élaboration des différentes versions du manuscrit et Amanda Thompson pour son aide à la préparation de celui-ci.

Références

1. Statistique Canada, *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006*, Ottawa, Statistique Canada, 2008.
2. Statistique Canada, *Naissances 2009* (nº 84F0210X au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2012.
3. L. Archibald, *Teenage Pregnancy in Inuit Communities: Issues and Perspectives*, Ottawa, Pauktuutit Inuit Women's Association, 2004.
4. R. Garner, S. Senécal et E. Guimond, « *Inuit Teenaged Mothers: Their Socio-economic Conditions in Early Adulthood* », document présenté à la Conférence sur la recherche en matière de politiques autochtones, Ottawa, 3 octobre, 2009.
5. B. Wolfe et M. Perozek, « Teen children's health and health care use », dans *Kids Having Kids*, publié sous la direction de R. Maynard, Washington, D.C., The Urban Institute Press, 1997, p. 181-203.
6. X.K. Chen, S.W. Wen, N. Fleming *et al.*, « Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study », *International Journal of Epidemiology*, 36, 2007, p. 368-373.
7. V.S. Dahinten, J. Shapka et J.D. Willms, « Adolescent children of adolescent mothers: The impact of family functioning on trajectories of development », *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 2007, p. 195-212.
8. D.P. Jutte, N.R. Roos, M.D. Brownell *et al.*, « The ripples of adolescent motherhood: Social, educational, and medical outcomes for children of teen and prior teen mothers », *Academic Pediatrics*, 10, 2010, p. 293-301.
9. V.S. Dahinten et J.D. Willms, « The effects of adolescent childbearing on children's outcome », dans J.D. Willms, éd. *Vulnerable Children: Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*, Edmonton, Alberta, University of Alberta Press, 2002, p. 243-258.
10. E. Terry-Humen, J. Manlove et K. Moore, « *Playing Catch-up: How Children Born to Teen Mothers Fare* », Washington, D.C., National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2005.
11. T. Moffitt et E-Risk Study Team, « Teen-aged mothers in contemporary Britain », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 2002, p. 727-742.
12. W.J. Millar et J. Chen, « Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin », *Rapports sur la santé*, 10(2), 1998, p. 47-54.

13. J. Bai, F. Wong et H. Stewart, « The obstetric and neonatal performance of teenage mothers in an Australian community », *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 19, 1999, p. 345-348.

14. E. Ordolis, « A story of their own: Adolescent pregnancy and child welfare in Aboriginal communities », *First Peoples Child and Family Review*, 3(4), 2007, p. 30-41.

15. Pauktuutit Inuit Women of Canada, *The Inuit Way: A Guide to Inuit Culture*, Ottawa, Pauktuutit Women of Canada, 2006.

16. F. Dallaire, E. Dewailly, C. Vezina *et al.*, « Portrait of outpatient visists and hospitilizations for acute infections in Nunavik preschool children », *Canadian Journal of Public Health*, 97, 2006, p. 362-368.

17. J. Smylie, *Indigeneous Children's Health Report: Health Assessment in Action*, Toronto, Keenan Research Centre, 2009.

18. R.E. Tremblay, D.S. Nagin, J.R. Séguin *et al.*, « Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors », *Pediatrics*, 114, 2004, p. 43-50.

19. G.J. Duncan, C.J. Dowsett, A. Claessens *et al.*, « School readiness and later achievement », *Developmental Psychology*, 43, 2007, p. 1428-1446.

20. E. Romano, R.E. Tremblay, A. Farhat et S. Côté, « Development and prediction of hyperactive symptoms from 2 to 7 years in a population-based sample », *Pediatrics*, 117, 2006, p. 2101-2110.

21. S. Côté, T. Vaillancourt, J.C. LeBlanc *et al.*, « The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: A nationwide longitudinal study of Canadian children », *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 2006, p. 71-85.

22. N.R. Crick, « The role of overt aggression, relational aggression, and prosocial behavior in the prediction of children's future social adjustment », *Child Development*, 67, 1996, p. 2317-2327.

23. K.L. Alexander, A. Farhat et S.L. Dauber, « First-grade classroom behavior: Its short- and long-term consequences for school performance », *Child Development*, 64, 1993, p. 801-814.

24. M.M. McClelland, F.J. Morrison et D.L. Holmes, « Children at risk for early academic problems: the role of learning-related social skills », *Early Childhood Research Quarterly*, 15, 2010, p. 307-329.

25. R. O'Neil, M. Welsh, R.D. Parke *et al.*, « A longitudinal assessment of the academic correlates of early peer acceptance and rejection », *Journal of Clinical and Child Psychology*, 26, 1997, p. 290-303.

26. Statistique Canada, *Enquête auprès des peuples autochtones, 2006 : guide des concepts et méthodes*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2008.

27. R.L. Coley et P.L. Chase-Lansdale, « Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions », *American Psychologist*, 53, 1998, p. 152-166.

28. G. Pogarsky, T. Thornberry et A. Lizotte, « Developmental outcomes for children of young mothers », *Journal of Family Psychology*, 68, 2006, p. 332-344.

29. R.N. Turley Lopez, « Are children of young mothers disadvantaged because of their mother's age or family background? », *Child Development*, 74(2), 2003, p. 465-474.

30. L. Oliver, L. Findlay, C. McIntosh et D. Kohen, *Evaluation of the Strengths and Difficulties Questionnaire*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2009.

31. S.R. Zubrick, D. Lawrence, J. De Maio et N. Biddle, *Testing the Reliability of a Measure of Aboriginal Children's Mental Health: An Analysis Based on the Western Aboriginal Child Health Survey*, Canberra, Australia, Australian Bureau of Statistics, 2006.

32. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).

33. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.

34. C.J. Williams et A.M. Jacobs, « The impact of otitis media on cognitive and educational outcomes », *Medical Journal of Australia*, 191, 2009, p. S69-S72.

35. Santé Canada, *Effets de la santé buccodentaire sur l'état de santé général*, Ottawa, Santé Canada, 2009.

36. P. Ryan-Krause, M. Meadows-Oliver, L. Sadler et M.K. Swartz, « Developmental status of children of teen mothers: Contrasting objective assessments with maternal reports », *Journal of Pediatric Health Care*, 23, 2009, p. 303-309.

37. D. Rhule, R. McMahon, S. Spieker et J. Munson, « Positive adjustment and associated protective factors in children of adolescent mothers », *Journal of Child and Family Studies*, 15(2), 2006, p. 231-251.

38. K. Howard, J. Burke Lefevre, J. Borkowski et T. Whitman, « Father's influence in the lives of children with adolescent mothers », *Journal of Family Psychology*, 20(3), 2006, p. 468-476.

39. S. Jaffee, A. Caspi, T.E. Moffitt *et al.*, « Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Results from a 20-year longitudinal study », *Development and Psychopathology*, 13(2), 2001, p. 377-397.

Annexe

Tableau A
Libellé des questions portant sur la santé mentale

Comportement prosocial
Attentif(ve) aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent
Partage facilement avec les autres enfants, par exemple, des jouets, des friandises, des crayons
Aide volontiers quand quelqu'un se fait mal ou ne se sent pas bien
Gentil(le) avec les enfants plus jeunes
Toujours prêt(e) à aider les autres, par exemple ses parents, ses professeurs et les autres enfants
Se comporte bien en général, fait habituellement ce que les adultes demandent
A au moins un(e) ami(e)
Généralement aimé(e) des autres enfants
Peut réfléchir avant d'agir
Maintient bien son attention, va jusqu'au bout des tâches ou devoirs

Symptômes émotifs
Se plaint souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausées
S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se)
Souvent malheureux(se), abattu(e) ou pleure souvent
Anxieux(se) ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens
A de nombreuses peurs, facilement effrayé(e)

Problèmes de conduite
Fait souvent des crises de colère ou s'emporte facilement
Se bagarre souvent avec les autres enfants et les tyrannise
Souvent opposant(e) envers les adultes
Peut être méchant(e) envers les autres

Hyperactivité/inattention
Agité(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place
Ne tient pas en place ou se tortille constamment
Facilement distrait(e), a du mal à se concentrer